

ANNÉE 1933-1934

N° 77

AU SUJET DU FORCEPS ROUX

A

BRANCHES HERMAPHRODITES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 décembre 1933

PAR

Robert-Guy PELON

Elève du Service de Santé de la Marine
né le 8 avril 1910 à Brest (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, Professeur.....	Président.
		ANDÉRODIAS, Professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, Agrégé	
		RIVIÈRE, Agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIERE
18-20-22, rue du Peugue

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548616_0046

AU SUJET DU FORCEPS ROUX

A

BRANCHES HERMAPHRODITES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 décembre 1933

PAR

Robert-Guy PELON

Elève du Service de Santé de la Marine
né le 8 avril 1910 à Brest (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, Professeur.....	{	<i>Président.</i>
		ANDÉRODIAS, Professeur.....		<i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, Agrégé		
		RIVIÈRE, Agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1933

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique chirurgicale	DUPERIE.	ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.	GUYOT.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	CARLES.	Clinique médicale des maladies des enfants
Anatomie	ANDERODIAS.	CRUCHET
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale
Physiologie	VILLEMIN.	DELAUNAY.
Hygiène	G. DURREUIL.	Physique médicale et pharmacéutique
Médecine légale et déontologie	PACHON.	SIGALAS.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	LEURET.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques
Chimie	LANDE	BONNIN
Botanique et matière médicale	RÉCROU	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Pharmacie	CHELLE.	PETGES.
Zoologie et parasitologie.	GOLSE.	DUVERGEY
Médecine expérimentale ..	DUPOUY.	Clin. des mal. des voies urinaires ..
Clinique ophtalmologique ..	MANDOUL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales
	N.	ABADIE
	TEULIERES.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..
		PORTMANN.
		Toxicologie et hygiène appliquée
		LABAT.
		Hydrologie thérapeutique et climatologie
		CREYX
		Clinique dentaire
		CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	DURECO.	Chirurgie générale	CHARRIER.
Anatomie	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIERE.
Médecine générale	{	Ophthalmologie	BEAUVIEUX
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Chimie générale pharmacutique et toxicologie ..	VITTE.
	AUBERTIN.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophthalmologie	} CABANNES (en congé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..		MM. N...	
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire			DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA TANTE ET DE MON ONCLE

A MA MERE — A MON PERE

*A qui je dois tout.
Faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRERE

*En souvenir de nos premières
années.*

A MON ONCLE — A MES TANTES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A MON BEAU-FRERE
LE DOCTEUR PANTALACCI

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES AMIS

LES DOCTEURS PERRIN - PONS - BOSQ - DOMAIRON

A TOUS MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DE L'ÉCOLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui, retenu loin de France, n'a
pu présider notre travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAHON

*Que je ne saurais trop remer-
cier.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERY

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. le médecin principal Canton, professeur à l'Ecole de Santé Navale, qui a bien voulu nous documenter sur ce sujet. Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants.

A MM. les professeurs agrégés Faugère et Rivière nous renouvelons nos remerciements pour les nombreux conseils qu'ils ont bien voulu nous donner.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le docteur Mahon qui a bien voulu nous aider dans notre travail et envers qui nous n'aurons jamais trop de reconnaissance.

Que M. le professeur Péry veuille bien accepter ici l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

INTRODUCTION

Quel que soit l'ouvrage d'obstétrique que l'on feuillette au chapitre du forceps, on est frappé de l'insistance avec laquelle les auteurs avertissent des obstacles à la mise en place régulière des cuillers.

C'est à juste raison parce qu'une prise irrégulière peut être lourde de conséquences pour le fœtus, l'irrégularité de la prise augmentant les chances des lésions obstétricales.

Le jeune médecin s'en va au combat, a-t-on dit, en se remémorant les conseils du Maître : « ... Branche gauche, toujours la gauche ! » et, malgré cela, il lui faudra, s'il y a une position droite, arriver à faire cette manœuvre qu'est le décroisement. Comme l'avait fait jadis remarquer le professeur Fieux, de Bordeaux, « tout praticien a pu se rendre compte que le décroisement a non pas de graves inconvénients, mais quelques désavantages ».

Pour un médecin accoucheur ayant une grande expérience du forceps, cette manœuvre n'offre évidemment pas de grosses difficultés — sauf toutefois dans certaines applications hautes — mais il n'en est pas de même pour le simple praticien, pour « celui dont les occupations obstétricales sont intermittentes », ainsi que l'écrivit le professeur Delmas, de Montpellier ; le décroisement ne fera alors qu'accroître les risques de l'opération et les lésions qu'il pourrait produire, bien que parfois cachées aux yeux, n'en seraient pas moins graves sinon irréparables.

C'est pour éviter cette manœuvre que le docteur Roux, de Lorient, a eu l'ingénieuse idée de modifier légèrement le Tarnier et c'est à l'étude de ce nouveau forceps — déjà connu dans cette Faculté puisqu'il fit l'objet d'une commu-

nication du docteur Balard à la Société d'Obstétrique en 1922 — que nous consacrons ce modeste travail.

Dans un premier chapitre nous nous proposons d'étudier brièvement les règles d'application des branches du forceps, puis de rappeler le mécanisme du décroisement, ses inconvénients, ce qui a été fait jusqu'à nos jours pour éviter cette manœuvre jusqu'au forceps de Roux que nous décrivons en dernier lieu.

LE FORCEPS TARNIER ET SES DIFFÉRENTES APPLICATIONS

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici en détail le forceps Tarnier, si universellement connu, mais nous allons simplement donner quelques rappels de construction de cet appareil, pour la bonne compréhension des pages qui vont suivre.

Le forceps de Tarnier se compose de deux appareils distincts :

l'appareil de préhension ;

l'appareil de traction.

L'appareil de préhension, le seul qui nous intéresse ici, se compose de deux branches, droite et gauche, présentant chacune trois parties : la cuiller, le pédicule, le manche.

Sur le pédicule, région intermédiaire au manche et à la cuiller, se trouve l'articulation ; celle-ci est formée :

sur la branche gauche — branche mâle : d'un pivot fixe ;

sur la branche droite — branche femelle : d'une encoche.

Les deux branches étant placées, suivant des règles que nous verrons plus loin, pour articuler, rien de plus facile : chaque main saisit la branche homonyme de telle façon que le pivot de la branche mâle pénètre dans l'encoche de la branche femelle ; on serre alors la vis d'articulation à fond.

Pour que cette articulation soit possible, il faut nécessairement que la branche mâle — branche à pivot — se trouve sous la branche femelle — branche à encoche ; dans le cas contraire, l'articulation est impossible. C'est ce que le professeur Fieux, pour bien le fixer dans l'esprit de ses élèves,

exprimait en disant : « ...le mâle est alors sur la femelle, ce qui, chez le forceps, rend l'accouplement impossible ».

Dès lors, il faut décroiser les branches ; examinons dans quels cas nous aurons à faire cette manœuvre, autrement dit quels sont les cas dans lesquels il faut introduire la branche droite première.

Rappelons brièvement les grandes lois classiques qui président à la mise en place régulière des cuillers :

Première loi : Chaque cuiller doit être introduite par la main de même nom, dans la partie correspondante du bassin.

Deuxième loi : Il faut introduire première la cuiller qui sera postérieure afin d'avoir toute facilité pour la bien placer, car de son placement dépend le succès de l'application.

Troisième loi : La cuiller introduite seconde ne pouvant l'être que par-dessus la première envoie nécessairement son manche croiser sur celui de la première.

Le mode d'introduction et la mise en place des cuillers dépend donc uniquement du diamètre sur lequel se trouve la présentation ; il sera donc le même dans les positions occipito-iliaque gauche antérieure et occipito-iliaque droite postérieures, O I G A et O I D P, ainsi que dans les positions O I D A et O I G P, pour ne citer que ces variétés de positions obliques du sommet ; seul le mode d'extraction variera avec chaque présentation.

Positions obliques gauches.

Ce sera, par exemple, une position occipito-iliaque gauche antérieure (O I G A) ou une position postérieure (O I D P), pour ne citer que ces positions du sommet.

En vertu des lois énoncées plus haut, c'est la branche gauche qui doit être introduite la première : l'articulation sera donc toujours possible dans ces positions.

Cependant, pour les positions droites postérieures, on peut extraire le forceps étant renversé, ce qui est dangereux, ou bien on peut refaire une seconde prise en occipito-pubienne, mais nous verrons plus loin que certains accou-

cheurs — le professeur Vallois, de Montpellier — préconisent une technique nécessitant le décroisement des branches.

Positions obliques droites.

Ce sera une position occipito-iliaque droite antérieure par exemple (O I D A) ou une position gauche postérieure (O I G P). Dans ces cas, c'est la branche droite, postérieure, qui est introduite première ; la branche gauche, après le mouvement spiral, venant se placer au-dessus de la droite qu'elle croise, l'articulation sera impossible, d'où nécessité de décroiser.

Cependant, pour les positions occipito-iliaque gauche postérieures, le décroisement peut être évité si on amène, comme l'enseigne le professeur Pinard, la tête en transverse ou en antérieure, manœuvre qui n'est d'ailleurs pas toujours possible, la rotation étant gênée par un défaut de flexion de la tête ou une bosse séro-sanguine trop volumineuse.

Positions transverses.

Il est classique de considérer les positions transverses comme des antérieures ou des postérieures suivant que la tête est plus ou moins bien fléchie, mais en général une transverse est assimilée à l'antérieure correspondante, c'est-à-dire : une gauche transverse sera considérée comme une gauche antérieure, une droite transverse sera considérée comme une droite antérieure.

Ce sont surtout les positions droite transverse les plus fréquentes ; elles résultent de la rotation, soit spontanée, soit manuelle, d'une position droite postérieure, et ce sera surtout dans ces positions que nous aurons à opérer le décroisement.

Positions directes.

Ce sont des positions de dégagement ; il est classique de dire que dans ces cas on introduit première la branche gauche et seconde la branche droite, de telle sorte que

l'articulation est toujours possible. Mais il est des cas où l'on peut être amené à introduire première la branche droite : c'est surtout au cours des secondes prises que nous aurons à faire dans les positions postérieures droites, par exemple, pour ne pas extraire le forceps étant renversé.

C'est le professeur Vallois, de Montpellier, qui a bien insisté sur ces cas : « Un point que j'ai particulièrement signalé, écrit-il, c'est la possibilité du retour en arrière de l'occiput lorsque, la tête ayant été amenée en occipito-pubienne par une première application, on enlève l'instrument pour procéder à une deuxième application, directe cette fois. Les épaules n'ayant pas suivi la rotation de la tête, il en résulte une certaine torsion du cou qui peut ramener l'occiput dans sa situation première : c'est un fait que, plus d'une fois, j'ai eu l'occasion d'observer. »

Pour parer à cet inconvénient, on peut agir de la manière suivante ; lorsque la rotation une fois faite on veut procéder à une deuxième application, on retire la dernière la branche située du côté de la position et on ne la retire qu'après avoir introduit la main qui servira de guide à la branche que doit remplacer celle qu'on vient de retirer.

Soit, par exemple, une occipito-iliaque droite postérieure (O I D P). Une première application de forceps sera faite suivant les règles classiques : branche gauche première, d'où articulation possible et facile ; la rotation étant exécutée, l'instrument sort renversé ; la branche gauche est alors à droite, la branche droite est à gauche ; si il est indiqué d'agir vite et que les circonstances sont favorables, on dégage forceps renversé ; sinon, deuxième application : on retire, en vertu de ce qui a été dit plus haut, la branche gauche dernière après placement de la main gauche ; de cette façon, la tête est maintenue et l'occiput ne risque plus de retourner en arrière. Cette main gauche introduite à droite du bassin servira de guide pour le placement de la branche droite qui sera introduite première ; sur la main droite comme guide la branche gauche sera ensuite intro-

duite : pour pouvoir articuler, un décroisement est nécessaire.

En résumé, il faudra donc décroiser les branches du forceps dans toutes les applications qui nécessitent l'introduction de la branche droite première, c'est-à-dire : dans les positions antérieures, variétés droite ; dans les positions postérieures, variétés gauche ; dans les positions droites transverses, soit primitives, soit secondaires ; dans certaines positions directes, occipito-pubiennes, comme seconde prise au cours du dégagement d'une droite postérieure.

LA MANŒUVRE DU DÉCROISEMENT

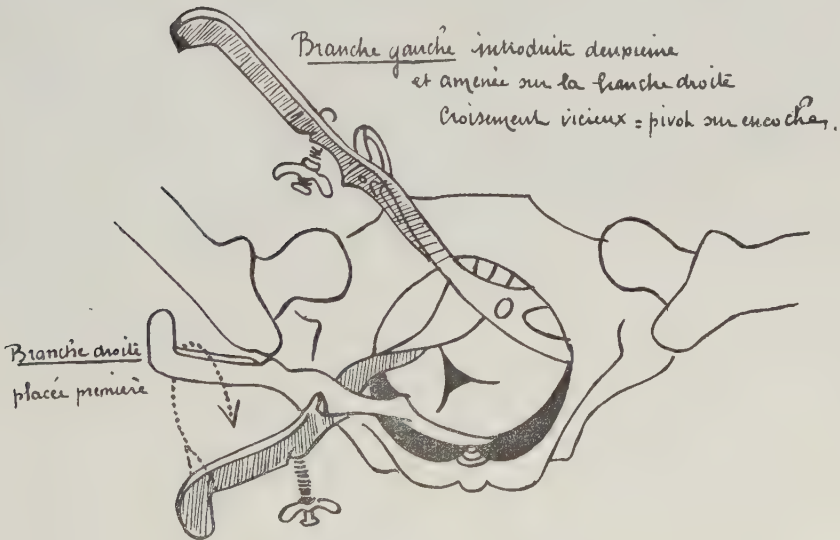
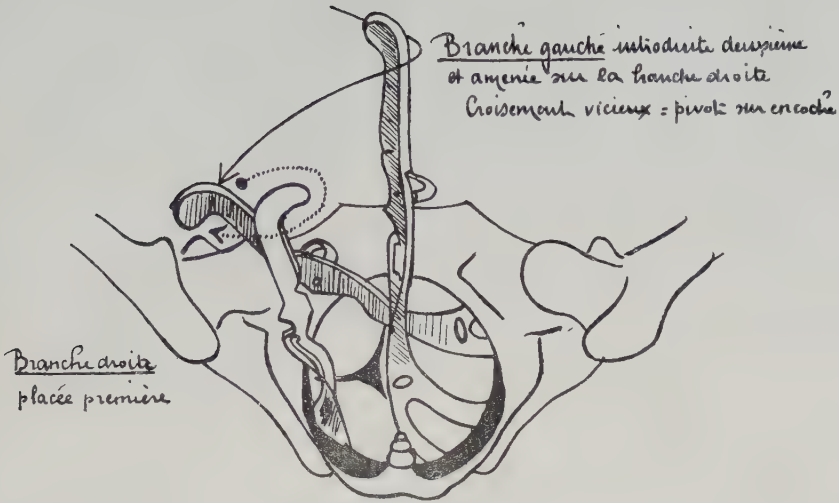
D'après ce qui a été dit dans le précédent chapitre, il faut amener en fin de compte la branche gauche — branche mâle — sous la branche droite — branche femelle — et cela sans déplacer les cuillers.

Pour cela, la main gauche cède à la main droite la branche gauche qu'elle vient d'introduire seconde ; l'aide — qui doit être intelligent — donne la branche droite introduite première à la main gauche de l'opérateur ; la main droite passe ensuite par-dessus les manches, soulève celui qu'elle tient pendant que l'autre main abaisse le manche qu'elle a saisi.

Cette manœuvre demande à la vulve des primipares quelques complaisances et elle sera faite avec lenteur et douceur.

Pendant ce décroisement, l'essentiel est que les cuillers introduites ne se déplacent pas ; il faut s'efforcer d'écarter les branches le moins possible, de les empêcher de tourner et, pour cela, les tenir solidement et ne leur imposer que le déplacement strictement nécessaire.

« Il faut garder le contact du fer », disent les classiques, c'est-à-dire laisser les manches au contact l'un de l'autre pendant toute la durée de la manœuvre ; cependant, il est évident que les manches doivent être suffisamment écartés pour permettre le passage du pivot, la hauteur du pivot étant un obstacle qu'on ne saurait atténuer. Après ce décroisement l'articulation sera facile si la prise est restée bonne ; si l'une des cuillers s'était déplacée, l'articulation serait impossible et, dans ce cas, il faudrait d'abord corriger la



prise plutôt que de mettre de la force pour appliquer l'un à l'autre les plats articulaires et les entablures.

C'est là une des grandes difficultés de la manœuvre, car dans certaines positions la prise étant rarement correcte, mastoïdo-frontale par exemple dans le cas de présentations transversales, le déplacement risque encore d'aggraver cet état de choses et nous verrons ultérieurement tous les dangers de cette manœuvre.

LES INCONVÉNIENTS DU DÉCROISEMENT

Il est légitime de penser que la manœuvre du décroisement n'offre pas pour le médecin accoucheur de très grands inconvénients, mais comme nous l'avons déjà signalé, il n'en est pas de même pour le praticien toujours peu entraîné aux applications de forceps, pour celui dont les « occupations obstétricales sont intermittentes », suivant l'expression du professeur Delmas, de Montpellier ; c'est d'ailleurs l'avis de M. le professeur Faugère que nous avons consulté à ce sujet.

Cependant, même pour l'accoucheur, si l'application à la vulve ou au détroit inférieur ne présente guère de difficultés, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit par exemple d'un sommet plus élevé, d'une présentation de moins en moins engagée dans l'excavation, principalement dans certaines positions postérieures au détroit supérieur.

Le décroisement relativement facile dans les positions basses devient un grave problème dans les positions hautes et c'est encore pour les suites de décroisement difficile qu'on a pu dire que « vite dangereux pour la mère, le forceps l'est encore plus pour l'enfant ».

Lisons les conseils de Farabeuf : on y sent chez ce maître l'obsession des difficultés du décroisement et de l'articulation : il n'est question que de la branche à encoche et de la hauteur du pivot !

Tarnier lui-même n'était pas complètement satisfait de son forceps : ne fit-il pas construire, pour faciliter l'articulation des branches, un modèle à branches parallèles avec une courbure périnéale intéressant les branches de préhension, mais il conservait à la fois le mode d'articula-

tion si pratique par mortaise et tenon, le mode de préhension par une petite vis et le mode de traction par un tracteur brisé ?

Nous reproduisons ci-dessous l'opinion de deux de nos maîtres quant à la manœuvre du décroisement.

« La manœuvre du décroisement, écrit M. le professeur agrégé Rivière, comporte plusieurs désavantages, surtout quand il s'agit de l'effectuer sur une tête qui n'a pas achevée complètement sa descente :

» a) au point de vue maternel : risque de délabrements périneaux et vaginaux par surdistension au moment même du décroisement ;

» b) au point de vue fœtal : effort considérable exercé sur la tête fœtale en un point limité, par le bec des cuillers qui sert de centre au mouvement ;

» c) au point de vue de la régularité de la prise qui, correcte au début de l'application, risque d'abandonner l'axe occipito-mentonnier, au cours de la manœuvre. »

« Je crois que tout accoucheur, écrit M. le docteur Mahon, reconnaîtra que les applications de forceps branche droite première présentent quelques difficultés, quelques inconvénients, quelques dangers de plus que les applications branche gauche première, à cause du décroisement. »

Puisque le décroisement n'a pas été sans inquiéter beaucoup d'accoucheurs — et l'historique est là pour le prouver — c'est donc qu'il présente malgré tout de sérieux inconvénients. Ces inconvénients sont de trois ordres : pour l'accoucheur, pour la mère, pour l'enfant.

a) *Pour l'accoucheur* : la manœuvre du décroisement augmente les difficultés de l'application ; nous citons en exemple quelques observations publiées à la fin de ce chapitre (voir observations IV, V IX, XII, XIV, XV).

D'autre part, dans des mains expertes, l'articulation après décroisement peut être facile, mais pour que ce temps-là réussisse il faut qu'il y ait parallélisme entre les deux branches et malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ;

dans quelques cas le pivot ne correspond plus à la mortaise, soit parce que l'une des cuillers a été enfoncée plus profondément que l'autre, soit parce qu'elle se renverse parfois trop en avant ou trop en arrière ; on pourra corriger ces défauts soit en retirant ou en enfonçant l'une des cuillers, soit en pressant les manches à pleine main pour imprimer à leur axe un mouvement de rotation en sens inverse.

Il va sans dire que toutes ces tentatives qui constituent toujours une perte de temps pour l'accoucheur doivent être faites sans force, car on s'exposerait à la contusion ou à la déchirure des parties molles.

b) *Pour la mère* : Le décroisement, dans les applications hautes surtout, entraîne la distension de la vulve et du périnée.

« Il n'est pas de lésions génitales, écrit Budin, qui n'aient pu être produites par une application de forceps », et c'est pour cela que la classification de ces lésions se fait surtout d'après leur siège plutôt que d'après leur mécanisme ou leurs causes souvent multiples, les auteurs n'indiquant dans ces lésions aucune particularité qu'on puisse attribuer en propre à l'intervention.

Le décroisement pourra tout aussi bien entraîner des lésions vaginales, les cuillers agissant alors comme instruments tranchants qui pressent fortement contre les parties de la mère, les sillone et parfois même les déchire.

c) *Pour l'enfant* : De la manœuvre du décroisement il résulte un effort considérable exercé sur la tête fœtale, en un point limité, par le bec des cuillers qui sert de centre au mouvement. Cet effort, ce traumatisme obstétrical, sera à l'origine de diverses lésions : ces lésions pourront se limiter à de simples excoriations, de petites ecchymoses.

Si parfois le trauma a été violent, la mort de l'enfant peut s'ensuivre ; s'il est moins violent, il peut entraîner « ... l'épilepsie même essentielle, conditionnée par une lésion de l'encéphale, manifeste ou latente, grande ou petite, macros-

copique ou microscopique. Cette lésion qu'on verra ou qu'on ne verra pas est la suite d'un traumatisme obstétrical ». (Comby.)

On pourra de même observer des paralysies faciales par compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Nous n'insisterons pas longuement sur les nombreuses lésions qui résultent pour le fœtus d'applications de forceps : ce n'est pas le sujet de cette thèse.

Cependant nous ferons remarquer que s'il est vrai qu'il s'est formé en France toute une école avec le professeur Hurmel pour reconnaître à la syphilis une action prépondérante dans l'apparition d'encéphalopathie de l'enfance — le facteur trauma ne jouant qu'un rôle occasionnel — celui-ci ne doit pas être dédaigné.

Cela est si vrai qu'une réaction récente vient de se faire contre la réduction du rôle attribué au traumatisme obstétrical dans la genèse des encéphalopathies, basée sur la constatation de lésions anatomo-pathologiques apparues plus ou moins longtemps après la naissance.

Enfin, le gros danger du décroisement, c'est le déplacement des cuillers entraînant la prise irrégulière.

Tarnier insiste bien dans son *Traité de l'art des accouchements* : « ... L'essentiel pendant ce décroisement, dit-il, c'est que les cuillers ne se déplacent pas. »

L'irrégularité de la prise augmentant les chances de lésions obstétricales, le décroisement en rendant moins précise la prise de la tête peut entraîner pour le fœtus diverses lésions.

Le professeur Babonneix a publié une longue liste d'observations faisant nettement remonter l'origine des maladies de Little de chorée, d'athétose d'hémiplégie cérébrale infantile à des applications de forceps irrégulières, pénibles et prolongées, toutes conditions que peut entraîner comme nous l'avons vu la manœuvre du décroisement.

Quelle est la cause de ces encéphalopathies ?

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les lésions

qui conditionnent les divers troubles que nous venons d'énumérer ; cependant, résumons quelques points qui paraissent définitivement acquis :

a) Ces lésions sont les mêmes qu'il s'agisse de syndromes psychiques ou moteurs ; selon leur siège, leur étendue, leur date d'apparition, l'existence ou l'absence de processus réparateur, elles traduiront leur existence par une hémiplegie cérébrale infantile, par de l'idiotie, par une maladie de Little, etc... ;

b) Elles sont presque toujours d'ordre hémorragique et, avec le professeur Couvelaire, nous dirons qu'elles résultent souvent d'hémorragies méningées en rapport avec des applications de forceps.

Dans le rôle que peut jouer le forceps, tous les auteurs insistent sur l'importance du forceps bien et correctement placé, le forceps en prise oblique est dangereux et l'on comprend tout le danger d'une manœuvre comme le décroisement qui risque de déplacer les cuillers, principalement dans certaines prises déjà rarement correctes du fait de la présentation, comme les positions transverses.

Nous publions ci-dessous une série d'observations qui nous paraissent intéressantes quant aux difficultés du décroisement et à ses inconvénients.

OBSERVATION I

(Service de M. le P^r Andérodias).

N° 89. Accouchement 3 février 1927. Forceps au détroit supérieur.

Application en O. I. D. T.

Hémorragie méningée. Paralysie faciale.

OBSERVATION II

N° 447. Accouchement le 13 juin 1927. Forceps haut dans l'excavation pour longueur du travail.

« ... Tête en O. I. O. P. qui peut être amenée en transverse ; une première prise trop oblique de forceps la ramène en O. I. D. A. ;

Deuxième prise correcte permet l'extraction du fœtus, vite ranimé. Décès de l'enfant trois jour après.

A la ponction lombaire : liquide xanthochromique.

OBSERVATION III

N° 561. Accouchement le 24 juillet. Forceps dans l'excavation pour longueur du travail.

Application en O. I. D. T.

Enfant décédé le dixième jour : hémorragie méningée.

OBSERVATION IV

N° 597. Accouchement le 10 août 1927. Forceps en D. T. à la partie haute de l'excavation.

« ... Placement facile de la première cuiller.

« Deuxième hanche placée facilement, mais articulation difficile dans le vagin. Après l'articulation on sent un ressaut très net et le forceps se place en D. A. indiquant que la cuiller postérieure est venue se loger dans le sinus sacro-iliaque droit.

Prise franchement oblique fronto-rétro-mastoïdienne.

Enfant en état d'asphyxie bleue.

Plaies vaginales importantes.

OBSERVATION V

N° 772. Accouchement le 21 octobre 1927. Forceps dans l'excavation pour longueur du travail.

« ... Prise de forceps en D. T. Mauvaise articulation : on y renonce pour faire une prise en D. P. Rotation facile. Seconde prise en O. P. Enfant décédé le troisième jour.

OBSERVATION VI

N° 54. Accouchement le 23 janvier 1929. Forceps dans l'excavation en O. I. D. P. pour longueur du travail.

Seconde prise en D. T. ; la tête, après avoir été amenée en O. P., est revenue en transverse.

Hémorragie méningée.

OBSERVATION VII

N° 263. Accouchement le 19 avril 1929. Forceps à la partie supérieure de l'excavation.

Application en D. T. : prise oblique par rapport au fœtus.

Extraction relativement facile.

Hémorragie méningée chez un enfant qui naît en état de mort apparente.

OBSERVATION VIII

N° 128. Accouchement le 16 février 1931. Forceps dans l'excavation en D. T.

Prise un peu oblique ; paralysie faciale droite (type inférieur).

OBSERVATION IX

N° 222. Accouchement le 21 mars 1931. Forceps en D. T. pour souffrance fœtale.

« ... au cours du décroisement, une fausse manœuvre fait remonter la tête très haut. Seconde prise. Descente et rotation sans difficultés. »

OBSERVATION X

N° 904. Accouchement le 12 décembre 1931. Forceps en D. T. pour longueur de la période d'expulsion.

« ... après une première prise défectueuse faite en D. T., nouvelle prise symétrique. »

OBSERVATION XI

N° 684. Accouchement le 10 août. Forceps en O. I. D. P. à la partie supérieure de l'excavation.

Rotation manuelle. Prise sur la tête en droite transverse (D. T.).

Descente et rotation assez pénible.

Hémorragie méningée chez le fœtus.

OBSERVATION XII

N° 10. Accouchement le 4 janvier 1932. Forceps en D. T. dans l'excavation à la partie supérieure.

Application laborieuse de bout en bout.

Enfant de 2 kil. 900 qui doit être rapidement ranimé.

OBSERVATION XIII

N° 256. Accouchement le 28 mars 1932. Forceps en D. T. dans l'excavation.

Enfant difficilement ranimé ; né en état de mort apparente.

OBSERVATION XIV

N° 571. Accouchement le 21 juillet 1932. Forceps dans l'excavation pour longueur du travail.

« ... tête en O. I. D. P. qui n'a pas de tendance à tourner. Application de forceps et rotation en O. P. »

Nouvelle prise qui échoue car, au cours du décroisement, la tête se met en O. I. D. T. Nouvelle application en O. I. D. T.. Nouvelle rotation et dégagement en O. P. Extraction assez difficile. Enfant né étonné. Respiration artificielle pendant une dizaine de minutes.

OBSERVATION XV

N° 959. Accouchement le 6 décembre 1932.

Forceps dans l'excavation en O. I. D. T. pour longueur de la période d'expulsion.

Hémorragie méningée chez l'enfant.

... Application en D. T.; en introduisant la 1^{re} branche, on remonte la tête au détroit supérieur. »

L'introduction de la 2^e branche est très pénible ainsi que l'articulation.

Hémorragie méningée chez l'enfant qui naît en état de mort apparente.

Tout ce chapitre nous montre que la manœuvre du décroisement présente de sérieux inconvénients ; cependant il serait vain d'attribuer toutes ces lésions, tant fœtales que maternelles, à cette simple manœuvre, étant donné que l'on est peu fixé sur le mécanisme intime des lésions — mécanisme souvent complexe — qui peuvent se produire au cours d'une application de forceps ; pour conclure, nous dirons cependant que la manœuvre du décroisement, de par tous les risques qu'elle peut entraîner, peut très bien être invoquée dans la pathogénie, si complexe, répétons-le, des lésions obstétricales.

PEUT-ON ÉVITER LE DECROISEMENT?

Le décroisement est-il évitable ? Depuis longtemps déjà — il faut remonter à 1843 — beaucoup d'accoucheurs se sont élevés contre la manœuvre du décroisement qu'ils regardent avec juste raison comme une opération difficile, dangereuse même, pour la mère comme pour l'enfant.

Depuis de nombreuses années on s'est proposé de résoudre cette question — aussi bien accoucheurs que fabricants d'appareils — soit en modifiant les forceps déjà connus, soit en créant des manœuvres susceptibles d'éviter le décroisement.

Nous envisagerons d'abord les diverses modifications apportées aux différents appareils connus à cette époque.

Ces modifications concernaient surtout l'articulation et nous n'insisterons pas sur les divers modes d'articulations employés tour à tour par Dusee en 1733 (encoche à la partie moyenne des branches), en 1736 (articulation par ginglyme), en 1784 par Atkins (dents ménagées de chaque côté interne des poignées) — toutes ces modifications ayant pour but d'aboutir à une articulation facile et simple et ne visant pas particulièrement le décroisement.

C'est surtout de 1843 à 1853 que cette période est caractérisée par les efforts que font maints accoucheurs pour éviter le décroisement.

En 1843, sous le titre « Nouveau forceps à double articulation », le docteur Thureau, de la Nouvelle-Orléans, eut l'idée de doter son appareil de branche à la fois mâle et femelle offrant chacune une encoche et un pivot ; c'est donc l'ancêtre du forceps de Roux, mais avec cette diffé-

rence que ce pivot et cette mortaise sont alternativement en avant et en arrière dans les deux branches.

Il résulte donc de cette modification que ce forceps est susceptible d'une double articulation ; par conséquent, quelle que soit la branche qu'on introduise la première, sa mortaise sera toujours au-dessus ou au-devant du pivot de l'autre branche, donc articulation toujours possible. On a reproché à cet appareil : 1° d'être lourd et difficile à manier ; 2° de ne pas laisser un égal et suffisant intervalle entre les cuillers après chaque articulation.

En 1844, le *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine* mentionnait un nouvel appareil dû au docteur Tarsitani, de Naples ; cet auteur reconnaissait, en effet, que seul le forceps précédemment décrit permettait d'éviter le décroisement des branches, mais il lui reproche les imperfections déjà signalées, à savoir : l'écartement variable des branches suivant que l'articulation se fait en avant ou en arrière, l'inégalité en longueur et en largeur de l'intervalle compris entre les cuillers, toutes imperfections que ne présente pas son nouvel appareil.

Le forceps de Tarsitani n'est autre que le forceps de Levret modifié auquel il a fait subir un léger changement : au lieu du simple pivot qui en distingue la branche mâle, il y en a deux formés par la même tige prolongée au-dessous de cette branche.

Pour obtenir ce résultat, Tarsitani avait superposé les trous du tenon d'articulation dont il avait perforé les deux branches et supprimé la mortaise de la branche droite, mais du même coup il avait aussi supprimé le mode d'articulation si pratique par tenon et mortaise. D'autre part, la branche femelle du forceps de Tarsitani offre près de l'articulation une charnière presque invisible qui permet de l'élever ou de l'abaisser pour la mettre de niveau avec l'autre branche, ce qui donne au manche de l'instrument une forme plus régulière.

Nous signalons à titre purement historique que cette

modification apportée au forceps par le docteur Tarsitani lui fut contestée par le docteur Finizio Aurèle, de Florence.

Signalons aussi que le principe de ce double pivot de Tarsitani est encore employé de nos jours par certains accoucheurs, comme nous le verrons plus loin.

En 1853, Sauvé, de La Rochelle, créa un forceps ayant lui aussi l'avantage de s'articuler aussi bien en dessus qu'en dessous.

Cazeau, la même année, place la mortaise de l'une des branches non plus au centre, mais sur le côté de l'articulation.

En 1884, Loviot, sous le titre « De l'utilité de deux forceps pour les positions droite et gauche », préconise la construction de deux forceps semblables mais inverses, l'un semblable au Tarnier et l'autre dans lequel la branche droite porte le pivot et la branche gauche porte l'encoche : « A chaque position son forceps ! », comme le fait remarquer le docteur Balard dans une de ses communications.

A Bordeaux, le docteur Favreau, pour éviter le décroisement, fixe le pivot de la branche mâle du Tarnier en dessous, mais cette modification entraîne un décalage des cuillers l'une par rapport à l'autre.

En 1924, le professeur Massini, de Buenos-Ayres, créa un forceps Tarnier dont l'application modifiée a été remplacée par celle de Tarsitani et qu'il utilise dans certaines applications hautes.

Enfin, en 1925, toujours basé sur le même principe, Faustino et Trougé présentent un forceps à articulation modifiée en adaptant avec un léger changement la vis de Tarsitani ; leur forceps présente en outre une modification du tracteur.

Nous n'avons pas mentionné à dessein dans cet historique les forceps non croisés, à branches parallèles : tous ces appareils, depuis la simple main de fer de Palfyn jusqu'au moderne Demelin n° 8, ont résolu la question du décroisement par leur mode d'articulation, mais c'est

surtout par d'autres qualités qu'ils se distinguent des forceps croisés que seuls nous envisageons dans cette étude.

.....

Etudions maintenant les différentes manœuvres préconisées pour éviter le décroisement : elles présentent toutes plus ou moins de difficultés et on ne peut dire d'aucune qu'elle simplifie l'application et qu'elle en diminue les risques.

Certains accoucheurs, Stolz en particulier, ont conseillé d'introduire toujours première la branche droite en l'introduisant toujours bien entendu en avant ; quelle que soit la position de la tête, le professeur Stolz applique d'abord la branche droite, puis il relève le manche en attirant légèrement la cuiller et il introduit en dessous — où il existe toujours plus d'espace — la branche gauche, celle-ci amenée au point qu'elle doit occuper il saisit de la main droite le manche de la branche droite et l'abaisse vers celui de la branche gauche en faisant de nouveau pénétrer plus profondément la cuiller droite.

On a reproché à cette manœuvre le fait que l'introduction de la branche antérieure première gêne considérablement la mise en place de la branche postérieure, car elle a pour effet de couvrir la vulve et de gêner, même si l'opérateur est habitué à la manœuvre. Stolz affirme cependant qu'il est toujours facile de soulever la première branche et de glisser la seconde en dessous d'elle, et que cette manœuvre s'exécute encore plus facilement que celle qui est généralement employée, c'est-à-dire le décroisement.

Un autre accoucheur, Bar, ayant songé à introduire la branche droite directement sans avoir recours au mouvement de spire de M^{me} Lachapelle, mais on sait quelle peine on peut éprouver à placer la branche en un point où la main ne peut la précéder qu'avec de grandes difficultés.

Enfin, à Bordeaux, le professeur Fieux décrivit, en 1899, une manœuvre qui porte son nom ; voici, d'après l'auteur,

en quoi consiste cette manœuvre : « La branche droite est mise en place comme d'habitude et le manche est déjeté ensuite suffisamment vers la cuisse droite de façon que la cuiller n'encadre pas l'oreille, mais soit bien superposée à la ligne pariéto-malaire. Après quoi la branche gauche est introduite comme toujours vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Puis, et voilà ce qui me fait esquisser le décroisement, à peine le mouvement spiral est-il ébauché, j'abaisse fortement la branche gauche. Ce mouvement d'abaissement très accentué aide considérablement au mouvement spiral — tout accoucheur un peu expérimenté le sait — et en même temps il fait passer la branche gauche sous la droite. Il en résulte que lorsqu'on termine ensuite le mouvement spiral jusqu'à ce que la branche gauche se trouve sur la ligne pariéto-malaire, cette dernière se trouve sous la droite, c'est-à-dire en bonne situation pour que l'articulation se fasse naturellement. »

En résumé, cette manœuvre de Fieux consiste donc, au moment où on termine le mouvement de spire, à faire passer la branche gauche sous la branche droite déjà placée et en dehors d'elle.

On a objecté à cette manière d'agir que, dans les positions transverses, le tour de main indiqué est faisable, car le manche de la première cuiller est suffisamment déjeté vers la droite, mais dans les positions droite antérieure, le manche étant à peu près placé sur la ligne médiane, il est difficile d'exécuter le mouvement spiral en passant au-dessous de la branche droite : il est très facile de s'en rendre compte en voyant les schémas du décroisement à la page 23.

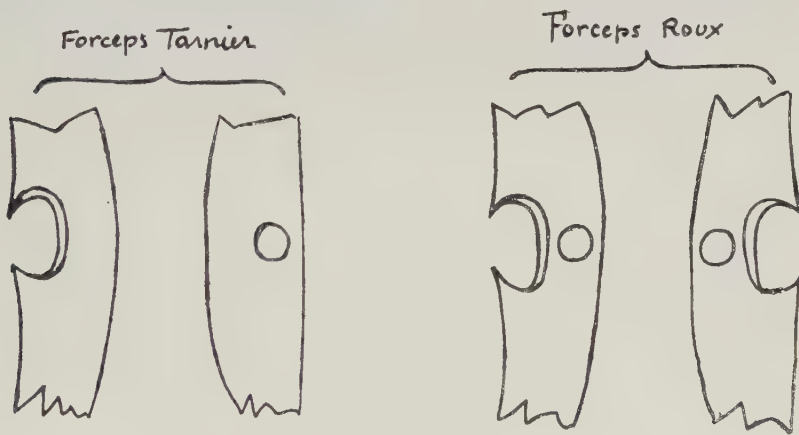
Il faut cependant reconnaître que la manœuvre de Fieux est séduisante et ne peut que réussir dans des mains expérimentées ; malgré tout, Budin et Demelin lui reprochent de favoriser avant tout les prises irrégulières par déplacement des cuillers : c'est là, nous l'avons vu quand nous

avons traité des inconvénients du décroisement, une des objections que l'on peut faire à cette manœuvre.

Ce rapide historique nous montre que la question du décroisement des branches, loin d'être négligeable, a tenu dans l'évolution du forceps un rôle assez important.

LE FORCEPS A BRANCHES HERMAPHRODITES DE ROUX

Dû à l'ingéniosité du docteur Roux, de Lorient, ce forceps n'est autre qu'un forceps Tarnier modifié. Il présente les mêmes caractéristiques que ce dernier et seule l'articulation différente permet de l'en distinguer. Ce forceps a en effet les branches hermaphrodites, c'est-à-dire que chacune



d'elle, la droite et la gauche, possède une encoche et un pivot mobile. Il a suffi au Tarnier d'avoir les branches un peu aplaties et de recevoir un trou fileté pour le pivot en dedans de la mortaise droite et de recevoir dans la branche gauche une mortaise en dehors du trou fileté pour le pivot.

Il est facile de concevoir comment l'emploi de ce forceps supprime le décroisement.

Chaque branche possédant un pivot et une encoche, cela permet :

1° A la branche postérieure placée première d'être aussi la branche à pivot, qu'elle soit gauche ou droite ;

2° A la branche antérieure placée seconde, d'être aussi la branche à encoche, qu'elle soit droite ou gauche.

De cela résultent les faits suivants :

Qu'il s'agisse d'une position gauche ou droite, il y a toujours une encoche qui vient s'adapter au pivot ;

Le décroisement de ce fait est donc supprimé ;

L'articulation et la prise sont nécessairement régulières.

Mode d'application du forceps de Roux.

Il est facile d'utiliser cet appareil dont la technique d'emploi ne diffère en rien de celle du Tarnier.

Pour toutes les applications branche gauche première, le pivot est fixé sur cette branche et l'appareil ne diffère en rien du Tarnier.

Supposons, par exemple, une position droite antérieure du sommet (O. I. D. A.).

C'est la branche droite qui doit être introduire première. On placera alors le pivot d'articulation sur cette branche droite et on l'introduira en arrière avec la main gauche comme guide, dans la concavité sacrée.

La branche gauche sera introduite seconde dans le sinus sacro-iliaque gauche avec la main droite comme guide et, après le mouvement spiral, sera amenée sous la symphyse pubienne : il sera facile d'articuler, car l'encoche se trouvera nécessairement au-dessus du pivot de la branche droite introduite première.

Donc, articulation aussi facile que si on avait introduit la branche gauche première.

« Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'utiliser le forceps de Roux, écrit le docteur Mahon alors chef de clinique à

l'hôpital Boursier ; il s'agissait d'une application en O. I. D. A. à la partie supérieure de l'excavation : je l'ai faite avec la même facilité que s'il s'était agi d'une application en O. I. G. A. »

Que peut-on reprocher à cet appareil ?

Nous avons vu qu'il a suffi d'élargir légèrement le plat du manche du Tarnier pour permettre à ces deux organismes — encoche et pivot — de trouver place sur la même branche ; par suite de ce léger élargissement de l'entablure, l'écart des branches au niveau du pédicule est légèrement supérieur à celui du Tarnier.

C'est là une remarque que nous tenons à signaler, car elle nous a été faite dans le service de M. le professeur Andérodias, par les personnes qui ont appliqué le forceps de Roux (voir observation I), mais cet écartement n'est pas suffisant pour risquer d'entraîner des lésions des parties molles.

Nous tenons aussi à signaler que, du fait de l'aplatissement des branches au niveau de l'articulation, il semble que la résistance de ces branches soit un peu diminuée au niveau de l'entablure, mais nous répondrons à cette critique en rappelant qu'une application de forceps ne doit pas être une opération de force.

Nous voyons donc que le forceps de Roux présente tous les avantages du forceps de Tarnier et aussi ses inconvénients, moins toutefois celui du décroisement, et nous dirons pour terminer, comme l'écrivit un de nos maîtres : « Seule la routine me semble s'opposer à la modification systématique du Tarnier par la variante si simple et si ingénieuse de Roux. »

OBSERVATIONS

Recueillies dans le service de M. le P^r Andérodias.

OBSERVATION I

*Forceps en D T dans l'excavation
pour longueur de la période d'expulsion.*

M^{me} D..., 27 ans. Accouchement le 24 janvier.

Les contractions étant espacées et peu efficaces, on pratique une injection de un demi cc. d'hypothyse qui ne modifie pas sensiblement le travail ; on décide alors de faire une application de forceps en D T pour longueur de la période d'expulsion.

Emploi du forceps à branches hermaphrodites de Roux : on place le pivot d'articulation sur la branche droite qui est introduite en arrière avec la main gauche comme guide. La branche gauche est introduite à son tour avec la main droite comme guide et amenée par un tour de spire sous la symphyse pubienne : on articule alors sans décroiser les branches.

Prise oblique, une cuiller sur la région frontale gauche, l'autre sur l'oreille et la région rétro-auriculaire droite. Au cours des tractions le périnée particulièrement friable menace de se déchirer. On pratique une épisiotomie qu'on agrandit au cours du dégagement.

Néanmoins il existe une rupture médiane du périnée allant jusqu'au sphincter dont les fibres apparaissent transversales dans la plaie.

Suture de l'épisiotomie et de la déchirure du périnée, au cours de cette suture, les tissus particulièrement friables cèdent sous la pression du fil.

C'est à la suite de cette application que nous a été faite l'objection que, du fait de l'élargissement de l'entaille, l'écart des branches au niveau du pédicule était plus large qu'avec le Tarnier.

Il ne semble pas cependant qu'on puisse rattacher pour une grande part les accidents énumérés ci-contre à ce léger élargissement du pédicule, étant donné que la parturiente présentait une extrême friabilité des tissus, lesquels se déchiraient au cours d'une simple suture.

OBSERVATION II

M^{me} J. de A..., 17 ans. Accouchement le 22 février 1933.

Application de forceps en D T pour longueur du travail ; emploi du forceps à branches hermaphrodites de Roux.

Pivot d'articulation fixé sur la branche droite qui est introduite première en arrière, la branche gauche est introduite à son tour : on articule sans décroiser les branches.

Prise correcte. Extraction laborieuse.

OBSERVATION III

M^{me} F..., Accouchement le 27 avril 1933.

Application en D T pour longueur de la période d'expulsion. Emploi du forceps de Roux : on place le pivot sur la branche postérieure, branche droite introduite première. On articule sans décroisement.

OBSERVATION IV

M^{me} C..., Accouchement le 2 mai 1933.

Application de forceps en D T pour longueur de la période d'expulsion. Emploi du forceps de Roux.

OBSERVATION V

M^{me} D..., 37. Accouchement le 23 juin 1933.

Application de forceps en D T pour souffrance fœtale. Emploi du forceps de Roux. Extraction d'un enfant de 3 kgs 200 qui crie presque aussitôt.

CONCLUSION

I. L'articulation des branches du forceps Tarnier n'est possible que si la branche à encoche — branche femelle — se trouve placée au-dessus de la branche à pivot — branche mâle — qui doit être pour cela nécessairement introduite première.

II. Lorsque la branche femelle doit être introduite première, l'articulation n'est possible qu'après la manœuvre du décroisement.

III. Cette manœuvre présente des inconvénients et aussi des dangers, elle entraîne entre autre le déplacement des cuillers dont la conséquence la plus fâcheuse est la prise irrégulière.

IV. Le forceps Roux à branches hermaphrodites supprime le décroisement car :

A) Qu'il s'agisse d'une position droite ou gauche, il y a toujours une encoche qui vient s'adapter au pivot ;

B) L'articulation sera toujours possible sans décroisement indépendamment de la branche introduite première.

V. Le forceps Roux présente tous les avantages du Tarnier et aussi tous ses inconvénients, moins toutefois celui du décroisement qui avec cet instrument disparaît de l'obstétrique.

Vu,

pour le Doyen, l'Assesseur :
GUYOT.

Vu, bon à imprimer : le 4 décembre,

Le Président
J. PERY

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, 8 décembre 1933

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

1843. — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*. Séance du 8 août : « Note sur un nouveau forceps à double articulation du D^r THUREAU ».
1844. — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*. Séance du 16 avril : « Note sur un nouveau forceps de l'invention du D^r TARSITANI ».
1853. — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*. Séance du 1^{er} février : « Forceps à double articulation » de Sauvé (de La Rochelle).
1878. — BUDIN, Thèse d'agrégation : *Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*.
1884. — *Annales de Gynécologie* : « De l'utilité de deux forceps pour les positions droite et gauche », par le D^r LORiot.
1899. — *Revue mensuelle d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux* : « De l'application du forceps sans décroisement des branches », par le D^r FIEUX.
1901. — *L'art des accouchements*, TARNIER et BUDIN, tome IV.
1907. — *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie* : « Le forceps et ses dangers ».
1921. — Thèse Paris, LANTUEJOUL : *Hémorragies méningées traumatiques au cours de l'accouchement*.
1922. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*. Séance du 13 juin : « Forceps à branches hermaphrodites », par le D^r BALARD.
1922. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* : « Forceps à branches hermaphrodites ».
1923. — *Introduction à l'étude des accouchements*, par FARABEUF et VARNIER.
1923. — Janvier : *Année médicale pratique*.
1923. — Novembre : *Monde médical*, « Encéphalopathies infantiles d'origine obstétricale », par le D^r BABONNEIX.
1923. — Décembre : *Quinzaine médicale de France*.
1925. — Janvier : *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, « Nouveau forceps », par FAUSTINO et TROUGÉ.

1925. — Septembre : *Paris Médical*.
1926. — Août : *Union médicale*, « Traumatismes consécutifs aux applications de forceps », par le P^r BRINDEAU.
1926. — Octobre : *Gazette médicale du Centre*.
1926. — *Opérations de Gynécologie*, tome IV, par BRINDEAU.
1927. — *Concours médical* : « Note au sujet de l'articulation hermaphrodite du forceps ».
-

